



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2014

Responsiveness – die zentrale musiktherapeutische Kompetenz in der Neonatalogie

Haslbeck, Friederike

Abstract: Im Bereich der Neonatalogie sind viele musiktherapeutische Kompetenzen erforderlich, wie wir sie bereits aus anderen Fachgebieten der interaktiven Musiktherapie kennen: die Fähigkeit des therapeutischen Zuhörens und Beobachtens als Basis, Bedürfnisse unserer Klienten wahrzunehmen und diese in musiktherapeutisches, interaktives Handeln zu überführen. Dazu bedarf es der Feinfühligkeit, Adaptionsfähigkeit sowie Bedürfnis- und Ressourcenorientierung. Zudem ist es von großer Relevanz, unser musiktherapeutisches Handeln auf ein Minimum zu reduzieren, um potentielle Gefahren der Überforderung zu vermeiden. Wir sollten fähig sein, Kinder, Eltern und intensivmedizinisches Setting als System zu verstehen und therapeutisch einzubetten. Als übergeordnete Kernkompetenz wird dabei die Fähigkeit zur musikalischen und therapeutischen Responsiveness angesehen.

DOI: <https://doi.org/10.13109/muum.2014.35.3.170>

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-105389>

Journal Article

Accepted Version

Originally published at:

Haslbeck, Friederike (2014). Responsiveness – die zentrale musiktherapeutische Kompetenz in der Neonatalogie. Musiktherapeutische Umschau, 35(3):170-177.

DOI: <https://doi.org/10.13109/muum.2014.35.3.170>

Friederike Haslbeck

Responsiveness – die zentrale musiktherapeutische Kompetenz in der Neonatologie

Zusammenfassung

Im Bereich der Neonatologie sind viele musiktherapeutische Kompetenzen erforderlich, wie wir sie bereits aus anderen Fachgebieten der interaktiven Musiktherapie kennen: die Fähigkeit des therapeutischen Zuhörens und Beobachtens als Basis, Bedürfnisse unserer Klienten wahrzunehmen und diese in musiktherapeutisches, interaktives Handeln zu überführen. Dazu bedarf es der Feinfühligkeit, Adaptionfähigkeit sowie Bedürfnis- und Ressourcenorientierung. Zudem ist es von großer Relevanz, unser musiktherapeutisches Handeln auf ein Minimum zu reduzieren, um potentielle Gefahren der Überforderung zu vermeiden. Wir sollten fähig sein, Kinder, Eltern und intensivmedizinisches Setting als System zu verstehen und therapeutisch einzubetten. Als übergeordnete Kernkompetenz wird dabei die Fähigkeit zur musikalischen und therapeutischen Responsiveness angesehen.

Keywords

Neonatologie - musiktherapeutische Kompetenz - Responsiveness - Nanoebene
Insbesondere in der interaktiven Musiktherapie verweben sich Wirkungsfaktoren von Musik und therapeutischen Unterstützungsprozessen zu musikalischen Abstimmungs- und Kommunikationsformen, die therapeutisch wirken (Aldridge 1999). Demnach sind sowohl musikalische als auch therapeutische Kompetenzen erforderlich, die in der Interaktion mit den Klienten zu explizit musiktherapeutischen Kompetenzen verschmelzen wie beispielsweise Affektabstimmung, Synchronisation oder Spiegelung von Rhythmen und Spannungsmodalitäten. Um diese feinen Abstimmungsprozesse während der Therapie umsetzen zu können, wird „Responsiveness“ als übergeordnete musiktherapeutische Kompetenz angesehen – angelehnt an Jacobs in seinen Überlegungen zur „enactive responsiveness“ (Jacobs 2005). Responsiveness wird in diesem Zusammenhang verstanden als die Fähigkeit

zuzuhören, individuelle Bedürfnisse wahrzunehmen, zu erkennen und zu verstehen, um auf diese adäquat und feinfühlig mit perzeptiven, reflexiven und musikalisch adaptiven Fähigkeiten zu reagieren. Wie diese Kompetenzen für den Bereich der neonatalen Musiktherapie beschrieben werden können, soll folgend exemplarisch an einem Fallbeispiel erläutert werden, basierend auf den Ergebnissen der qualitativen multiperspektivischen Studie zur Schöpferischen Musiktherapie mit Frühgeborenen und ihren Eltern (Haslbeck 2013a, b).

Musiktherapeutische Entwicklungen in der Neonatologie

Musiktherapie in der Neonatologie ist ein sich stetig weiter entwickelndes und empirisch facettenreich untermauertes Feld (Haslbeck 2012, Standley 2012, Nöcker-Ribaupierre 2013). Im 20. Jahrhundert wurde noch überwiegend rezeptive Musiktherapie fragmentarisch für frühgeborene Kinder unter Zuhilfenahme von CD-Aufnahmen – von gesprochenen Inhalten, Gesang, »Wombsounds« (Sounds aus dem Mutterleib) bis hin zu klassischer Musik – angeboten (Nöcker-Ribaupierre 2003). Mittlerweile lassen sich darüber hinaus immer mehr interaktive Ansätze finden, die mit unterschiedlichen Arten von Live-Musik, Gesang oder Instrumentalspiel unter Einbeziehung der Eltern bis hin zur ganzen Familie und dem stationären Umfeld verwoben werden (Hanson-Abromeit, Shoemark, Loewy 2008).

Ein Beitrag zu diesen interaktiven Methoden in der Neonatologie ist die Schöpferische Musiktherapie mit frühgeborenen Kindern und ihren Eltern, die auf Grundlagen der Nordoff / Robbins Musiktherapie (Nordoff, Robbins 1977) und der Musiktherapie mit Komapatienten basiert (Aldridge, Gustorff, Hannich 1990) und an die individuellen und spezifischen Bedürfnisse der vulnerablen Gruppe Frühgeborener und ihrer Eltern adaptiert wurde (Haslbeck 2004, 2013a, b). Ziel der Schöpferischen Musiktherapie ist es, sowohl die Kinder zu stabilisieren, zu beruhigen und gleichzeitig adäquat anzuregen, als auch die Eltern zu stärken sowie den Beziehungsaufbau von Eltern und Kind zu unterstützen. Der Atemrhythmus – der ureigenste Rhythmus, die ureigenste Musik, die wir Menschen in uns tragen – wird zusammen mit der Mimik und Gestik der Kinder in ein musikalisches Kontaktangebot übersetzt, um die Kinder individuell zu stimulieren und den in dieser Anfangszeit so wichtigen menschlichen Kontakt über die Musik anzubieten. Minimalste Bewegungen werden in ihrer Spannungsmodalität und Affektivität mit Hilfe des Singens synchronisiert und / oder ihnen entgegengewirkt, wie etwa durch den bewussten

Einsatz von sedativen musikalischen Parametern bei starker Anspannung der Kinder. Die Eltern werden ihren Bedürfnissen entsprechend einbezogen und auf Wunsch zum eigenen Singen angeleitet. Begleitet wird das musiktherapeutische Angebot durch individuelle Elterngespräche, monatliche Elternabende und Nachsorgeberatung zur weiteren musikalischen Unterstützung der Kinder nach der Krankenhausentlassung.

Responsiveness auf der Nanoebene

Insbesondere für diese mehr interaktiven und systemischen Musiktherapieansätze in der Neonatologie sind facettenreiche Kompetenzen notwendig, um individuell, flexibel und beziehungsbasiert auf die verschiedenen Bedürfnisse der Kinder, der Eltern und der Familien sowie den Herausforderungen des intensiv-medizinischen Settings reagieren zu können. Musiktherapeutische Kompetenzen sind erforderlich, die wir teilweise bereits aus der interaktiven Arbeit mit anderen Patientengruppen kennen; allerdings von der Makroebene auf die Mikro- wenn nicht sogar Nanoebene reduziert und in das intensiv-medizinische Umfeld eingebettet. So können wir mit frühgeborenen Kindern nicht mit verschiedensten Instrumenten improvisieren, sondern müssen minimalste Rhythmen, Affekte und Bewegungen in ihrer Musikalität verstehen und aufgreifen können. Gleichzeitig muss die stete Gefahr der Überreizung der Kinder im Fokus stehen, weshalb unser musiktherapeutisches Angebot fein abgestimmt, reduziert, einfach und ruhig sein sollte.

Fallbeispiel

Melissa ist in der 30. SSW mit 1090 g geboren worden. Sie ist ein frühgeborenes unruhiges Kind, das starke Probleme hat, regelmäßig und ruhig zu atmen sowie unter Bradykardien und Apnoen leidet. Das neonatologische Team fragt Musiktherapie mit dem Ziel der Beruhigung und Stabilisierung des Mädchens an. Auch am Morgen der vierten Musiktherapiesitzung – Melissa ist inzwischen 32 SSW alt, quasi 5 Wochen vor ihrem errechneten Geburtstermin – finde ich Melissa gestresst und unruhig vor. Ich berühre sie an Kopf und Füßen mit der Initialberührung, doch sie bleibt weiterhin unruhig. Erst als ich beginne, basierend auf ihrem Atemrhythmus langsam und leise zu summen, beruhigt sie sich und wird im weiteren Verlauf der Sitzung aufmerksam.

Analyse der Intervention

Was wirkt wie in der Interaktion und welche therapeutisch notwendigen Kompetenzen lassen sich daraus ableiten?

In der sekundengenauen Transkription des Videoausschnittes der Videoanalyse (Haslbeck 2013a) werden minimalste Interaktionen und Charakteristika der Therapie sichtbar. Es wird zunächst deutlich, dass ich abwarte, Zeit gebe, beobachte, bevor ich beginne zu singen. Als dann mein Summen einsetzt, besteht es zunächst nur aus zwei Tönen, ein einfaches melodisches Motiv, das sich wiederholt – ruhige, lange, langsame, leise Töne, oft auf der Tonika, kurze Phrasen mit vielen Pausen, ritardandi und decrescendi. Interessant erscheint, dass sich Melissa nicht gleich bei den ersten Tönen entspannt, sondern erst, als ich die Melodie wiederhole und sie dadurch vorhersehbar wird, Sicherheit und Halt bietet. Spannend ist zudem, was sich dazwischen in Raum und Zeit ereignet. Ich singe genau auf dem Atemrhythmus von Melissa und greife Mimik und Gestik des Mädchens in ihrer Spannungsmodalität musikalisch auf. Und auch Melissa beginnt sich in ihren Affekten und Rhythmen mit der Musik einzustimmen. Sie synchronisiert ihr zuvor abwehrendes, unkoordiniertes Fingerspreizen (ein typisches Zeichen Frühgeborener für Stress) mit der Musik, indem sie nun ihre Finger zeitgleich spreizt, wenn die höheren, spannungsgeladenen Töne der Zweittonmelodie erklingen. Anschließend ist es ihr möglich, sich nicht nur mit der Anspannung in der Musik zu synchronisieren, sondern am Ende der Melodie in die Entspannung der Musik zu folgen, so dass sie einen entspannten, stabilen Verhaltenszustand erreicht und beibehalten kann. Gleichzeitig atmet sie regelmäßiger und rhythmisch abgestimmter zur Musik. Neben diesen entspannenden und stabilisierenden Tendenzen der Abstimmung ist zudem zu beobachten, dass Melissa aufmerksam wird und beginnt, sich zu orientieren und mitzubewegen. Nicht nur ich versuche minimalste Affekte von Melissa musikalisch überzuleiten, auch Melissa scheint mit der Musik mitzugehen: Sie zieht die Augenbrauen hoch und öffnet die Augen, wenn die Melodie nach oben steigt und bewegt ihre Finger sanft zur Musik. Interessant ist zudem, dass Melissa weiterhin entspannt und aufmerksam bleibt, als der Monitor laut und plötzlich piept, obwohl sie zuvor bei Monitoralarmen erschrocken zusammen gezuckt war.

Responsiveness als musiktherapeutische Kernkompetenz

Anhand des Fallbeispiels wird deutlich, dass Responsiveness in den Therapien mit Frühgeborenen zunächst *Nichtstun, Beobachten und Zeit geben* bedeuten kann. Es wird angenommen, dass ein zu schneller Beginn der Therapie zu noch mehr Überforderung führt. Insbesondere in der Arbeit mit frühgeborenen Kindern ist diese Fähigkeit der inneren Ruhe, Sammlung und Beobachtung von hoher Relevanz, da ein zentrales Therapieziel ist, die oft gestressten Kinder zu entspannen und sie in ihrer Selbstregulation zu unterstützen. Zudem benötigen Frühgeborene auf Grund ihrer Unreife mehr Zeit, um Sinneserfahrungen zu verarbeiten (Levene, Tudehope, Sinha 2008), weshalb wir alle Angebote langsamer und mit Pausen gestalten müssen. Weiterhin werden die Kompetenzen *Halten, Auffangen und Beruhigen* deutlich. So ist mein improvisiertes Summen mit Melissa geprägt von *decrecendo* und *ritardando* sowie von einem konstanten, einfachen und ruhigen Melodiefluss. Es wird angenommen, dass das Halten langer Noten auf der Tonika hilft, die Kinder zu stabilisieren und es generell wichtig ist, beruhigende musikalische Parameter zu nutzen. Als musikalische Kompetenz ist demnach eine ausgebildete Singstimme erforderlich, freischwingend und von vielen Obertönen geprägt, jedoch nicht zu dominant und mit zu viel Vibrato. Wir sollten fähig sein, ruhige Melodiebögen auf einem langen Atem zu singen, sowie adaptiv und prompt mit der Singstimme auf die Vitalitätszeichen des Kindes zu reagieren. Diese musikalischen Charakteristika gelten adäquat für eine eventuelle zusätzliche Nutzung einfacher Instrumente wie z.B. Monochord oder Harfe.

Daran schließt sich die Fähigkeit zur *tonalen Einstimmung und Abstimmung (tonal attunement)* an. In der Mikrovideoanalyse wird offensichtlich, dass insbesondere durch das Singen in der Tonart der Monitore das plötzliche laute Piepen maskiert werden kann und die Kinder wie Melissa dadurch weniger erschrecken. Gleichzeitig sollte das Musikangebot tonal stetig auf mögliches Lautieren der Kinder abgestimmt werden. Zudem zeigen sich im Fallbeispiel verschiedene Formen der *Affekt Abstimmung (affect attunement)*. Während Melissa ihre Finger hebt und lächelt, nehme ich diese Vitalitätszeichen musikalisch mit synchronisierenden Elementen wie aufsteigender Melodie, schnellerem Tempo und steigender Dynamik auf. Diese interaktionale Affekt Abstimmung unterstützt die Kinder in ihrer Selbstregulation, Orientierung und zwischenmenschlichen Beziehungsfähigkeit. Darüber hinaus erscheint es relevant, Affekt Abstimmungen zur Gegensteuerung einzusetzen

(*underattunement, overattunement*) und als therapeutische Methoden in der Neonatologie zu nutzen. So kann es indiziert sein, frühgeborene Kinder, die zu wenig Muskeltonus und Aufmerksamkeit zeigen, durch spannungssteigernde musikalische Parameter zu stimulieren oder gestresste Kinder mit Hilfe sedierender Effekte der Musik gezielt zu entspannen. Ebenso soll die Fähigkeit zur *rhythmischen Abstimmung (entrainment)* betont werden. In der Arbeit mit Frühgeborenen sollten wir fähig sein, im oft schnellen, unruhigen und flachen Atemrhythmus der Kinder ruhig und fließend, jedoch zugleich rhythmisch abgestimmt zu improvisieren.

Responsiveness mit frühgewordenen Eltern und Familien

Für die musiktherapeutische Arbeit mit frühgewordenen Eltern und Familien (Zimmer 2003) gelten ähnliche Kompetenzen wie in der Musiktherapie mit den Kindern selbst. Ebenso wird Responsiveness als übergeordnete Fähigkeit gefordert. Es bedarf umfassendes therapeutisches Hören, Verstehen und Einfühlungsvermögen, um die individuellen Bedürfnisse der Eltern zu erkennen und diese in musiktherapeutische Prozesse überzuleiten. Insbesondere für Elternanleitung und -einbindung ist es wichtig herauszuhören, wie wir die Eltern unterstützen und motivieren können, ohne sie in ihrer Autonomie einzuschränken. Während einige Eltern die gemeinsame Musiktherapie beim Känguruhen (dabei liegt das frühgeborene Kind bei den Eltern, die im Ruhesessel liegen, auf der Brust meist mit Hautkontakt) genießen und von Anfang an gern mitsingen, ist dies anderen Eltern zunächst unangenehm. Hier bedarf es vorsichtigen Herantastens und Abwartens bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung des Angebotes zur Teilnahme und Einbindung in die Therapie. Wie sich in der qualitativen Studie zeigt, ist es von besonderer Bedeutung, die inneren Fähigkeiten der Eltern zu erkennen und diese durch therapeutisch sensibles Handeln auf- und auszubauen, anstatt die Eltern rein edukativ anzuleiten (Haslbeck 2013b). Denn für viele frühgewordene Eltern ist es besonders unterstützend, in ihrer Autonomie, ihrem elterlichen Kompetenzzempfinden, ihrer kulturellen Identität und in ihrer Kreativität gestärkt zu werden (Domenig 2005, EFCNI 2011). Dies fordert *Feinfühligkeit und Achtung*, die Eltern-Kind-Beziehung zu stärken, anstatt sich zwischen Kind und Eltern zu drängen. Es bedarf *transkultureller Kompetenzen*, für die wir ein multikulturelles Repertoire an Wiegenliedern und Stilrichtungen als auch *individuelles Einfühlungsvermögen, Toleranz, Empathie, Respekt und*

Gesprächskompetenzen benötigen. Im Umgang mit Geschwisterkindern und Großeltern gelten ähnliche Prioritäten. Allerdings müssen wir dabei stets die Bedürfnisse der Frühgeborenen vor die Wünsche aller anderen Familienmitglieder stellen, was auch bedeuten kann, dass ein geplantes gemeinsames Singen mit Eltern und Geschwistern verschoben werden muss, da das frühgeborene Kind akut Ruhe braucht.

Responsiveness im intensivmedizinischen Umfeld

Im neonatologischen Arbeitsumfeld ist es unabdingbar, sich über Richtlinien, Abläufe, Prioritäten, Konzepte und Methoden der Stationen zu informieren und sein eigenes Therapieangebot stetig daran anzupassen und zu *adaptieren* – sprich mit Responsiveness auf das gesamte Umfeld zu reagieren. Darüber hinaus ist es nötig, die Musiktherapie intensivmedizinischen Abläufen unterordnen zu können. Eine der vielen Herausforderungen besteht darin, den optimalen Zeitpunkt für die Therapie unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse des Kindes, der Eltern, der stationären aktuellen Abläufe sowie der steten Priorität der intensivmedizinischen Versorgung zu finden. Therapieangebote, -zeiten und -notwendigkeiten müssen an diesen facettenreichen Bedürfnissen ausgerichtet werden, wozu es Flexibilität und Sensibilität braucht.

Implikationen und Ausblick

Um aus der Haltung der beschriebenen Responsiveness (re-)agieren zu können, braucht es *medizinisches und entwicklungsneurologisches Fachwissen* zu Frühgeborenen, *Hintergrundwissen zur psychosozialen Situation* der Eltern, was auch das therapeutische Verständnis für Zustände von Trauma, Trauer, Angst, Schuld, Minderwertigkeitsgefühlen und Überlastungssymptomen einbezieht. Deshalb ist bereits für alle anderen Gesundheitsdisziplinen im Bereich der Neonatologie eine Zusatzausbildung Grundvoraussetzung. Dies sollte im Zuge der Professionalisierung und Qualitätssicherung auch für Musiktherapie gelten. Da entsprechende Fortbildungsangebote bislang im deutschsprachigen Raum fehlten, habe ich in Anlehnung an die beiden musiktherapeutischen Neonatologie-Fortbildungen in den USA ein dreiteiliges Fortbildungsmodul mit Zertifikat entwickelt (Haslbeck 2010). In diesen Fortbildungen zur Musiktherapie in der Neonatologie steht neben

umfassendem Hintergrundwissen die Sensibilisierung für diese Patientengruppe sowie die Befähigung zu den beschriebenen Kompetenzen im Mittelpunkt. Dabei soll vor allen Dingen die Kompetenz ausgebaut werden, unser therapeutisches Handeln zu reflektieren, um es stetig zu adaptieren und zu optimieren – insbesondere im Umgang mit so vulnerablen Gruppen wie frühgeborenen Kindern und ihren Eltern. Denn schlussendlich sehe ich unsere wichtigste Kompetenz darin, unsere eigenen Kompetenzen kontinuierlich zu hinterfragen, auszubauen und zu übertragen. Nur so können wir unsere Patienten optimal stärken, so dass sie ihre eigenen Fähigkeiten nutzen können, um sich selbst zu regulieren und sich weiterzuentwickeln. Nur so können wir Gesundheit fördern – Gesundheit, die verstanden und definiert wird als die Fähigkeit des Einzelnen, sich stetig an soziale, physiologische und emotionale Herausforderungen anzupassen und selbst zu managen (Huber et al. 2011).

Literatur

- Aldridge, D. (1999). Musiktherapie in der Medizin. Forschungsstrategien und praktische Erfahrungen. Bern: Verlag Hans Huber.
- Aldridge, D., Gustorff, D., & Hannich, H. J. (1990). Where am I? Music therapy applied to coma patients. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 83, 345–346.
- Domenig, D. (2007). Transkulturelle Kompetenz. Handbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. Bern: Huber, Bern.
- EFCNI. (2011). Caring for tomorrow. EFCNI White Paper on Maternal and newborn Health and Aftercare Services. Karlsfeld, Germany: European Foundation for the Care of Newborn Infants. Online im Internet unter:
<http://www.efcni.org/index.php?id=1888>. Zugriff: 09.04.2014
- Hanson-Abromeit, D., Shoemark, H., & Loewy, J. (2008). Music therapy with pediatric units: Newborn intensive care unit (NICU) . In D. Hanson-Abromeit & C. Colwell (Eds.), *Medical Music Therapy for Pediatrics in Hospital Settings. Using Music to Support Medical Interventions* (pp. 15–69). Maryland: Silver Spring, MD: AMTA.
- Haslbeck, F. (2004). Music Therapy with preterm infants – Theoretical approach and first practical experience. *Music Therapy Today*. Online im Internet unter:
<http://www.wfmt.info/Musictherapyworld/modules/mmmagazine/index.html>.
 Zugriff: 09.04.2014

- Haslbeck, F. (2010). Fortbildungsprogramme zur Musiktherapie mit Frühgeborenen. Eindrücke aus den USA und Anknüpfungspunkte für den deutsch- sprachigen Raum. *Musiktherapeutische Umschau*, 31(2), 135–143.
- Haslbeck, F. (2012). Music therapy for premature infants and their parents: An integrative review. *Nordic Journal of Music Therapy*, 21(3), 203–226.
- Haslbeck, F. B. (2013). Creative music therapy with premature infants: An analysis of video footage. *Nordic Journal of Music Therapy*, 23(1), 5–35.
- Haslbeck, F. B. (2013). The interactive potential of creative music therapy with premature infants and their parents: a qualitative analysis. *Nordic Journal of Music Therapy*, 23(1), 36–70.
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., ... Smid, H. (2011). How should we define health? *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 343(jul26_2), d4163. doi:10.1136/bmj.d4163
- Jacobs, C. D. (2005). *Managing organizational responsiveness - toward a theory of responsive practice*. Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag.
- Levene, M., Tudehope, D. I., & Sinha, S. K. (2008). *Essential Neonatal Medicine* (4th ed., p. 336). Chicester/ GB: John Wiley and Sons Ltd.
- Malloch, S., & Trevarthen, C. (2009). *Communicative Musicality. Exploring the basis of human campionship*. Oxford: Oxford University Press.
- Nöcker-Ribaupierre, M. (2003). *Hören – Brücke ins Leben. Musiktherapie mit früh- und neugeborenen Kindern. Forschung und klinische Praxis*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Nöcker-Ribaupierre, M. (2013): *Music Therapy with Premature Infants*. In. J. Bradt (Ed.): *Guidelines for Music Therapy*. Barcelona Publ. LLC
- Nordoff, P., & Robbins, C. (1977). *Creative music therapy: Individualized treatment for the handicapped child*. New York: John Day Company.
- Standley, J. (2012). Music therapyresearch in the NICU: an updated meta-analysis. *NeonatalNetw*, 31(5), 311–316.
- Zimmer, M.-L. (2003). Zu frühgeborene Kinder haben “zu früh geborene Mütter”. *Praktische Erfahrungen mit Frühgeborenen und ihren Müttern beim Einsatz der auditiven Stimulation mit Mutterstimme*. In M. Nöcker-Ribaupierre (Ed.), *Hören – Brücke ins Leben. Musiktherapie mit früh- und neugeborenen Kindern. Forschung und klinische Praxis* (pp. 170–191). Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.

Dr. rer. medic. Friederike Haslbeck, PhD, DMtG, SFMT, Klinische Musiktherapeutin und Post-doc Wissenschaftlerin am Universitätsspital Zürich und am Universitätsspital Bern, Gastdozierende an der Zürcher Hochschule der Künste, an der Fachhochschule Krems und am Freien Musikzentrum München, Bordackerstr. 62, 8610 Uster. friederike.haslbeck@usz.ch